LA SALUD MENTAL: UNA CUESTION DE MODELOS

FRANCISCO DEL RIO NORIEGA

Resulta ya tópico, aunque no por ello menos real, señalar la tradicional marginación y segregación de las instituciones psiquiátricas respecto del resto de las instituciones sanitarias. Razones históricas, en las que no es posible detenerse ahora en profundidad, serían imprescindibles para comprender la actual situación que atravesamos. Baste citar que persiste hoy día, como estructura básica asistencial, un modelo asilar que arrastramos desde siglos con más o menos variantes, y que tuvo su origen en una época —el Renacimiento— donde comenzaron a consolidarse los primeros núcleos urbanos con la correspondiente segregación de indigentes en general, que representaban un peligro para el orden ciudadano.

Si bien es cierto que en el pasado siglo, con la instauración de la Psiquiatría como rama de las ciencias médicas, se asiste a una ruptura con el paradigma anterior —el abordaje a la locura se hacía desde un modelo científico natural— no es menos cierto el fracaso del mismo al repetir, en la práctica, la institución asilar, vigente hoy día en nuestros hospitales psiquiátricos.

Por otra parte, otro factor decisorio que ha reformado el carácter custodial de la asistencia, ha sido el que la gestión de ésta ha correspondido tradicionalmente a instituciones de carácter benéfico, que han basado sus actuaciones en «criterios caritativos», en contraste son lo que pudiera haber sido una administración sanitaria guiada por el principio del derecho a la salud de todos los ciudadanos, incluyendo los enfermos mentales.

Hechas estas reflexiones, necesariamente parcas, puede decirse que sobre todo en las últimas décadas estamos asistiendo a una transformación profunda de la atención psiquiátrica que interesa, cuando menos, a tres niveles distintos: El nivel conceptual, el institucional y el nivel de gestión, y que pudiera esquematizarse del siguiente modo:

Contextos	Paradigma vigente	Paradigma previsto
Nivel Conceptual=	Modelo Médico	Modelo Biopsicosocial
Nivel Institucional=	Modelo Manicomial	Modelo Comunitario
Nivel de Gestión	Modelo Benéfico	Modelo Sanitario

El paso de un paradigma a otro definiría la situación actual, de ahí que sea frecuente oir hablar hoy de crisis en cualesquiera de los niveles que nos situemos, pues el modelo vigente ha quedado obsoleto, mientras que no se ha implantado un modelo de recambio.

En definitiva, sería pues necesario:

1) Trascender el modelo médico tradicional, enriqueciéndolo con las aportaciones de lo que se entiende por Ciencias de la Conducta.
2) Una ruptura de la estructura asilar que institucionaliza la enfermedad en favor de una estructura comunitaria, conformada por equipos interdiciplinarios, que institucionalicen la composición del enfermar, la escucha y el análisis.
3) Las transferencias de competencias en materia de gestión desde Instituciones Benéficas a una Administración Sanitaria única.

* * *

Es evidente que para avanzar hacia una alternativa como se ha esbozado, se hace imprescindible el desarrollo de un marco legal capaz de facilitar y consolidar las actuaciones pertinentes para el logro de aquélla. El desarrollo legislativo sanitario español había ido dejando la asistencia psiquiátrica fuera de la estructura sanitaria del Estado, al no contemplarla entre las prestaciones de la Seguridad Social, salvo en la asistencia anacrónica e inoperante de las consultas ambulatorias de Neuropsiquiatría de zona. La única alternativa pública de cuidados psiquiátricos, quedaba reducida

casi al internamiento, responsabilidad, por ley, de las Diputaciones Provinciales (Ley de Bases de Régimen Local de 1945, Ley de Régimen Local de 1955), manteniéndose así la asociación entre asistencia psiquiátrica y beneficiencia ya apuntada más arriba; y favoreciendo, indirectamente, la creación de circuitos asistenciales paralelos —lamayoría de escasa resonancia— como un intento de rellenar lagunas asistenciales.

Sin embargo, esta perspectiva ha cambiado positivamente en los últimos años, tanto en lo que concierne a disposiciones legales de carácter general (Constitución Española, Estatuto de Autonomía de Andalucía, Ley General de Sanidad, Reforma del Código Civil en materia de tutela, etc), donde se recogen de forma expresa los derechos como ciudadano del enfermo psíquico, cuanto de normativa más específicas y operativas desde el ámbito de la Salud Mental (IASAM), mediante la Ley 9/1984 del Parlamento Andaluz. Surge así un organismo autónomo, adscrito a la Consejería de Salud y Consumo, conformado por los recursos de ésta y de las Diputaciones Provinciales Andaluzas, y que tiene encomendada la reforma psiquiátrica en nuestro territorio, desapareciendo como institución en el momento de integrar los recursos en el futuro Servicio Andaluz de Salud. Reforma psiquiátrica que debe ser abordada con las necesarias perspectivas históricas, que exige, como hemos indicado, un complejo proceso de transformación de las extructuras «asistenciales» existentes para desembocar con un modelo de atención integral a la Salud Mental.

* * *

Existen dos postulados básicos a partir de los cuales el Instituto acomete la reforma:

1) La asunción de los principios de la denominada «Psiquiatría Comunitaria».
2) La paulatina incardinación de los dispositivos de atención psiquiátrica al sistema general de atenciones a la salud.

Estos dos postulados conllevan a una definición del modelo de atención, considerando a la salud mental como un aspecto más de la salud dentro de los objetivos a cubrir por el sistema sanitario y la integración, organizativa y funcional, de los dispositivos dentro de dicho sistema. El desarrollo actual de las actividades en Salud Mental se orienta por tanto —y así lo recoge la OMS y lo recomienda como estructura a seguir— en dos direcciones que se sobredeterminan mutuamente:

1) El desmantelamiento de los actuales hospitales psiquiátricos, como instituciones creadoras de patología maś que de salud.
2) La creación simultánea de toda una red de estructuras alternativas, cuyas principales características sean:
   —La descentralización, es decir, el acercamiento a la comunidad.
   —La desespecialización, en el sentido de potenciar las actividades menos técnicas, tanto sanitarias como no sanitarias, reduciendo así la actuación especializada a aquellos problemas no abordables a nivel primario.
   —La integración en la red general de actuación sanitaria (Unidades de Hospitalización en Hospitales Generales, dispositivos de apoyo a la Atención Primaria, etc...) y social (Unidades Residenciales para pacientes institucionalizados no reintegrables a su medio).

Estas estructuras alternativas se concretan, en el modelo propuesto por el Instituto, en tres niveles de atención enlazando de este modo con la red sanitaria general:

1) Equipos Comunitarios de Salud Mental, como dispositivos de apoyo a la Atención Primaria. La importancia de este nivel en el sistema general de atención a la salud es tema de otro trabajo en este mismo dosier. Se trata, mediante estos equipos de dotar a la Comunidad de los instrumentos necesarios para poder abordar, desde y por ella misma, la problemática suscitada por el binomio salud/enfermedad mental. Para lo cual los equipos responden a un perfil de las siguientes características:
   —Ser un espacio de trabajo interdisciplinario, que propicie el modelo biopsico-social necesario, como se apuntaba en la primera parte de este trabajo.
   —Servir de instrumento de formación y asesoramiento en la Comunidad, tanto para los equipos de los centros básicos de salud,

como para las diversas instituciones existentes en aquella.

—Atender las demandas producidas por aquellos trastornos psíquicos que no puedan ser abordados por los equipos básicos. Y en este sentido estar capacitado para una actuación pluridimensional:canalización de la demanda, protocolización de actuaciones terapéuticas, movilidad para intervenciones en crisis, etc...

2) Unidades de Salud Mental en los Hspitales Generales, enlazando así con la atención hospitalaria. En cualquier caso, estas unidades estarán siempre supeditadas a la actuación principal de los equipos que actúan en la Atención Primaria. Tres funciones esenciales tendría que cubrir este tipo de dispositivo:

—Hospitalización de aquellos pacientes que lo necesiten, tendiendo siempre a evitarla o, en su caso, a que fuera mínima.

—Atención a las consultas demandadas por otros servicios hospitalarios, conformando lo que se ha venido a denominar «psiquiatría de enlace». En este sentido sería de especial interés la actuación dirigida al cambio de actitud de los profesionales hospitalarios frente al sujeto que sufre algún trastorno psíquico.

—Atención a las urgencias, canalizándolas adecuadamente.

Unidades de Rehabilitación, en principio conformadas en el Hospital Psiquiátrico, con el objetivo de reinsertar pacientes tradicionalmente asilados al medio social, y en un periodo posterior, instaurando dichas unidades en la propia comunidad para actuar de forma precoz en la rehabilitación de procesos crónicos.

* * *

Parece conveniente, finalmente, realizar un análisis crítico desde la praxis ya existente como concreción del modelo teórico. Si bien es muy reciente y parcial la implantación de servicios, y por tanto impensable una evaluación de los mismos, sin embargo, pueden apuntarse algunos logros y dificultades como consecuencia del proceso puesto en marcha.

En el nivel de gestión, la propia estructura organizativa del instituto —ya en funcionamiento— debe ser valorada como un cambio cualitativo por cuanto, por un lado, supone una estructura de organización, planificación y coordinación correspondiente a un modelo de administración sanitaria en el sentido moderno, y por otro, favorece la unificación de todos los recursos existentes en salud mental, modelo inédito en todo el Estado Español. Y ello a pesar de todas las dificultades inherentes a lo que supone la administración de recursos de distintas instituciones (Diputación, RASSSA, Departamento de Piquiatría de la Facultad de Medicina, etc.). En nuestro caso concreto —La Provincia de Cádiz—ha sido posible, hasta la fecha, la implantación de la Gerencia Provincial gracias al esfuerzo de todas las instancias comprometidas, propiciando siempre el acercamiento de posturas a veces muy dispares.

En el nivel correspondiente a la ordenación asistencial, aparecen pronto una serie de obstáculos. Unos, referidos al propio funcionamiento de los dispositivos; así, por ejemplo, es frecuente observar la disparidad de modelos de abordaje de los equipos comunitarios, representando un severo handicap el ensamblaje de las distintas concepciones acerca de la enfermedad mental: médica, psicoanalista, conductista, sistémica, etc... por enunciar sólo algunas. Otros, los más frecuentes, surgidos de la relación entre dispositivos de diferente nivel de actuación. En concreto, mientras que en los equipos comunitarios se observa una tendencia a instaurar un modelo comunicacional, en el sentido laxo del término, en las unidades de hospitales generales existe el riesgo de la excesiva «Medicalización». No podemos aludir a una experiencia directa en nuestra provincia, por cuanto no existen todavía unidades psiquiátricas en hospitales —previstas para este año—, pero si apuntar la todavía no superada desconexión entre los servicios de ingreso de «agudos» (actualmente en el hospital psiquiátrico) y los equipos que actúan en la Comunidad (Cádiz capital, Jerez y Algeciras).

Respecto de la unidad de rehabilitación, principalmente pueden citarse tres tipos de dificultades: a) Problemas de desconexión con otros dispositivos de la red, análogos a los reseñados. b) La escasez de personal de enfermería suficientemente adiestrado para los fines que se persiguen. c) La ausencia de una red de servicios sociales en estre-

cha colaboración con la unidad. No obstante, la realid es que desde hace unos años el número de pacientes asilados en los hospitales psiquiátricos va desminuyendo paulatinamente, tema que de por sí necesitaría un etudio aparte. En nuestro hospital, coincidiendo con el proceso de transformación, ha descendido el número de ingresados en unos doscientos pacientes aproximadamente.

Toda esta serie de dificultades apuntadas exigen un debate amplio y continuo entre todos los profesionales que intervienen en el proceso, con el fin de hacer posibles dispositivos más terapeúticos, así como mantener el nivel de formación adecuado que requiere la propia estructura del modelo. Confiemos en poder superarlas a medida que el desarrollo de éste vaya siendo una realidad.

